

入院診療計画書（カテーテルアブレーション（経皮的な心筋焼灼術）を受けられる方へ）

ID番号 @PATIENTID
病名（他に考える病名）

患者名 @PATIENTNAME

様 @PATIENTWARD
症状

病棟

@PATIENTROOM 号室

担当医師 @USERNAME


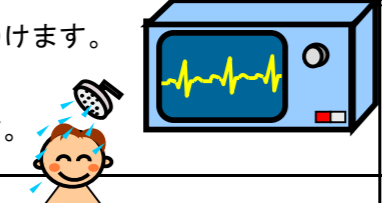

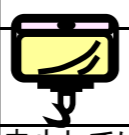

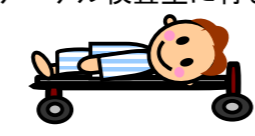


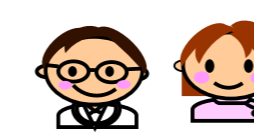

印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名

@SYSDATE

月日	月 日 (火)	月 日 (水)	月 日 (木)	月 日 (金)
経過	入院日	カテーテル治療当日		退院日
目標	心身ともに安定した状態で治療を受けることができる。	治療による合併症を起こさない。		退院後の日常生活について理解できる。
検査	外来で血液検査・胸部レントゲン検査・心電図検査を行います。 	治療前 カテーテルアブレーションを行います。	治療後 血液検査・胸部レントゲン検査・心電図検査を行います。 	
処置	心電図モニターをつけます。 穿刺部の毛を剃ります。その後シャワーに入ります。 	尿の管を入れます。 	治療後に、穿刺部位の消毒を行います。尿の管は、状態に応じて抜きます。 	午前中に穿刺部位の消毒を行います。 穿刺部位の観察を行います。
観察	毎日14時に検温を行います。	治療前に体温・脈拍・血圧を測ります。	体温・脈拍・血圧測定、穿刺部位の観察等を行います。	14時に検温を行います。
注射		治療前に点滴を開始します。 	点滴をしたまま病室にもどります。	
内服	薬剤師が服用中の薬をすべて確認します。 ★中止薬がある場合は説明します。 夕方より抗生剤の服用を開始します。(3日間) 就寝前に眠剤を服用します。(希望があれば)	中止していない薬は絶食でも少量の水で服用してください。	治療後に、中止していた薬の服用を再開、または変更します	昼で、抗生剤の服用は終了です。
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 	治療が午前中の場合は、朝絶食です。治療が午後の場合は、朝は半分・昼から絶食です。	治療終了後30分で水分をとることができ、2時間後から食事をすることができます。	
行動	制限はありません。 入浴・洗髪ができます。 	治療前にトイレをすませてください。入れ歯、時計、アクセサリ、眼鏡等はずし、ストレッチャーで心臓カテーテル検査室に行きます。 	注意点! 治療後は、絶対安静です。穿刺した方の足は曲げないでください。	消毒後は治療前と同様の行動をしてもかまいませんが、シャワー・入浴は金曜日からできます。  退院 手続き終了後退院になります。 次回予約日 月 日 ()
説明	医師より治療について説明があります。(治療同意書の提出をお願いします) 看護師より入院生活について説明があります。また治療前後の注意点や必要物品等について説明があります。 ★必要物品★ バスタオル 1枚 T字帯 1枚 曲がるストローか吸いのみ 	ご家族の方は、病室かロビーでお待ちください。 ポイント! 	医師より治療結果について説明があります。 看護師より治療後の処置や安静等について説明があります。 	医師より退院後の生活について説明があります。 薬剤師より薬について説明があります。 

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。

注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号 (No. 114-3) 承認月日 (平成19年10月4日)

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました。 署名：

続柄：